The Honourable Fernand G. Dubé, Q.C.
Minister of Justice
Fredericton, N.B.

Sir:

I have the honour to submit the twelfth Annual Report of the Chief Coroner for the year 1982 as required by Section 43 of the Coroners Act.

I have the honour to be,
Sir,
Your Obedient Servant,

Grant S. Garneau

Grant S. Garneau
Chief Coroner
Province of New Brunswick

L'honorable Fernand G. Dubé, c.r.
Ministre de la Justice
Fredericton (Nouveau-Brunswick)

Monsieur le Ministre,

J'ai l'honneur de vous adresser ci-joint le douzième rapport annuel du coroner en chef pour l'année 1982, en application de l'article 43 de la Loi sur les coroners.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de ma très haute considération.

Grant S. Garneau

Grant S. Garneau
Coroner en chef
Province du Nouveau-Brunswick

In New Brunswick the Coroner's System, for organizational and administrative purposes, falls within the Law Enforcement Division of the Department of Justice. General supervision of the system is the responsibility of the Chief Coroner located in Fredericton who is assisted by four District Coroners directly responsible for all coroner activities within designated geographical areas and located in Campbellton, Moncton, Saint John and Fredericton. In addition, all sheriffs and deputy sheriffs are ex-officio coroners although not all are utilized as coroners within the system. At present, 36 full-time employees of the Sheriff's System function as coroners. A number of lay coroners are also appointed who act on a nominal fee for service basis and are a necessary retention of the old Coroner's System which before 1971 was serviced completely by lay coroners. Of the 22 lay coroners, 12 are medical practitioners, which before the availability of highly qualified and competent pathologists within the Province, was of great advantage to the system. The lay coroners continue to provide an excellent service in the communities in which they serve.

In New Brunswick the only death exempt from notification to a coroner is one where the person dies of disease or sickness while under treatment of a duly qualified medical practitioner (as long as the death: i) did not occur during or as a result of pregnancy; ii) was not sudden and unexpected; iii) was not under circumstances which may require an investigation). Exempt deaths are classified as natural deaths for statistical purposes. The Coroner's System is responsible for the investigation of all reported deaths in order to determine for each case the identity of the deceased and the facts as to how, when, where and by what means the deceased came to his death. The system, therefore, is a vital part of law enforcement in initially determining whether such deaths are due to natural causes, accidents, suicides or homicide.

For investigational purposes the Coroner's System has available on request the services of the Royal Canadian Mounted Police (including the facilities of the Crime Lab in Sackville), municipal police, and the N.B. Highway Patrol acting within their respective jurisdictions. Also as a number of reported deaths involve elements of criminality the initial investigation sometimes is a combination of coroners and police responsibility and requires a close liaison between the two agencies. Also available to the Coroner's System are the services of pathologists located at Regional Laboratories situated at Fredericton, Saint John, Moncton, Campbellton, Bathurst, Edmundston and Woodstock and also the services of the Provincial Toxicologist located at Saint John.

Au Nouveau-Brunswick, le système des coroners relève du service de l'application des lois du ministère de la Justice, aux fins d'organisation et de gestion. Le coroner en chef est responsable de la surveillance générale du système. Son bureau est situé à Fredericton et il est assisté de quatre coroners de district directement responsables de toutes les activités inhérentes à leur poste à l'intérieur de régions désignées dont les bureaux se trouvent à Campbellton, Moncton, Saint-Jean et Fredericton. En outre, tous les shérifs et shérifs adjoints sont coroners d'office quoiqu'ils n'agissent pas tous à ce titre au sein du système. Actuellement, 36 employés à temps plein parmi eux sont coroners. Un certain nombre de coroners non juristes sont nommés qui travaillent à l'acte pour un traitement purement nominal. Ils représentent un vestige nécessaire de l'ancien système des coroners en place avant 1971, lequel n'employait que des coroners non juristes. Douze des 22 coroners non juristes sont médecins-praticiens, ce qui, avant l'arrivée de pathologistes hautement qualifiés et compétents dans la province, était très avantageux pour le système. Les coroners non juristes continuent à dispenser un excellent service dans leur localité.

Dans la province, le seul cas où il ne soit pas nécessaire de prévenir le coroner est le décès qui survient à la suite d'une maladie pendant que la personne est sous les soins d'un médecin-praticien dûment qualifié (sauf si la mort survient: i) pendant une grossesse ou à cause de celle-ci; ii) de façon soudaine ou inattendue; ou, iii) dans des circonstances qui peuvent nécessiter la tenue d'une enquête). Aux fins de statistique, ces décès sont classés dans la catégorie des morts naturelles. Par contre, les coroners doivent enquêter sur tous les décès qui leur sont signalés afin de déterminer dans chacun des cas l'identité de la victime et les "où, quand, comment et pourquoi" du décès. Par conséquent, les coroners sont un élément essentiel du service de l'application des lois car ce sont eux qui, les premiers, déterminent si ces décès sont dus à des causes naturelles, à un accident, à un suicide ou à un homicide.

Aux fins d'enquête, les coroners peuvent faire appel, au besoin, à la Gendarmerie royale du Canada (notamment au laboratoire judiciaire de Sackville), à la police municipale et à la Patrouille routière du Nouveau-Brunswick qui agissent chacun selon sa compétence. En outre, certains des décès signalés comportant des éléments de criminalité, l'enquête initiale relève quelquefois tant de la police que du coroner et exige par conséquent une étroite collaboration entre les deux organismes. Les coroners peuvent aussi faire appel aux services des pathologistes des laboratoires régionaux situés à Fredericton, Saint-Jean, Moncton, Campbellton, Bathurst, Edmundston et Woodstock de même qu'à ceux du toxicologue provincial qui se trouve à Saint-Jean.

In addition two pathologists located in the Regional Laboratory in Saint John agreed to provide a centralized forensic pathology service for the Coroner's System commencing January 1, 1982. The identification of a death as a "Type II" case which needs the special consideration of a forensic pathologist now results in the utilization of the forensic service mentioned above. A "Type II" case requires that the body be transported to the Saint John Laboratory for the autopsy. The forensic pathologist acting is also available to the coroner's service and the police agency to visit the death scene, if necessary. Both pathologists acting in that capacity have for many years demonstrated their high degree of interest in forensic pathology and their expertise in acting as expert witnesses both at inquests and criminal trials. It is anticipated that the forensic service will eventually be expanded to include pathologists in the Bathurst area.

The concept of the purpose of the Coroner's System has changed greatly over the years. For many years a major emphasis was laid on the investigation of the actual medical cause of death to the exclusion of practically all other aspects. Now the medical cause of death is only one of many factors to be considered. The non-medical factors causing death are equally important and in many cases call for remedial measures to correct conditions hazardous to public safety. This naturally applies to industrial operations as well as hazardous vehicle and highway conditions.

Local coroners, the Chief Coroner or the Minister of Justice in some circumstances, may order an inquest into a death. The holding of an inquest has the effect of drawing public attention to the many contributing causes of accidental and violent deaths. It is also an important vehicle in causing attention to be focused on situations where remedial action may be taken to prevent similar occurrences in the future. To this end coroners have been encouraged to carefully consider all circumstances surrounding accidental and violent deaths, with the view to holding an inquest if any useful purpose will be served by doing so. It is expected that the Coroner's Jury make recommendations directed toward the avoidance of death in similar circumstances where appropriate.

The Chief Coroner is responsible for bringing the findings and recommendations of Coroner's Juries at inquests to the attention of appropriate persons, agencies and departments of governments. Although the Chief Coroner has no authority to force any person or organization to implement recommendations, a number are in fact implemented in some way. No doubt this is due to the fact that the organizations affected would find itself in a most embarrassing posi-

De plus, deux des pathologistes du laboratoire régional de Saint-Jean ont accepté de fournir aux coroners, à partir du premier janvier 1982, un service de médecine légale centralisé. Ainsi, lorsqu'un décès est classé comme cas de "Type II", nécessitant l'intervention spéciale d'un médecin légiste, il faut maintenant utiliser le service susmentionné. Dans un cas semblable, le cadavre doit être transporté au laboratoire de Saint-Jean pour l'autopsie. Si nécessaire, le médecin légiste provisoire peut aussi aider le coroner ou la police en se rendant sur les lieux du décès. Les deux pathologistes qui agissent à titre de médecins légistes ont fait preuve pendant de nombreuses années d'un intérêt prononcé pour la médecine légale et de leur compétence comme témoins experts tant au cours d'enquêtes que durant les procès au criminel. On s'attend à ce que le service de médecine légale s'étende pour inclure un jour des pathologistes de la région de Bathurst.

Le concept de l'utilité du système des coroners a beaucoup évolué au cours des ans. Pendant de nombreuses années, on s'est attaché principalement à rechercher la cause médicale réelle du décès, à l'exclusion de presque tous les autres éléments. Aujourd'hui, l'aspect médical n'est qu'un facteur à considérer parmi tant d'autres. Les causes non médicales d'un décès sont en effet tout aussi importantes et dans bien des cas, il faut prendre les mesures nécessaires pour améliorer les conditions qui menacent la sécurité publique. Cela s'applique évidemment tant au secteur industriel qu'aux conditions routières et aux véhicules dangereux.

Dans certaines circonstances, un coroner local, le coroner en chef ou le ministre de la Justice peuvent ordonner qu'on enquête sur un décès, ce qui a pour effet d'attirer l'attention de la population sur les nombreux facteurs en cause dans les cas de mort violente ou accidentelle. L'enquête revêt aussi de l'importance en ce sens qu'elle met l'accent sur des situations où il serait possible d'intervenir pour empêcher que des événements semblables ne se produisent dans l'avenir. A cette fin, les coroners se doivent d'examiner attentivement toutes les circonstances entourant les morts violentes ou accidentelles afin d'ordonner une enquête si cela se révèle utile. On s'attend à ce que le jury du coroner fasse des recommandations visant à éviter dans la mesure du possible qu'un décès ne survienne dans des circonstances semblables.

Le coroner en chef doit veiller à communiquer les conclusions et les recommandations du jury du coroner, lors d'une enquête, aux personnes, organismes et ministères gouvernementaux concernés. Le coroner en chef ne peut forcer quelque personne ou

tion if a second death occurred under similar circumstances, without having remedied the situations which caused the first fatality.

Appreciation is expressed to all law enforcement agencies and all other related agencies involved who have through the year co-operated and assisted in the investigations which have been processed through the Coroner's System. Also gratitude is expressed to all coroners who have shown, once again, a high level of dedication and professionalism, frequently under adverse conditions.

organisme que ce soit à donner suite aux recommandations. Cependant certaines d'entre elles sont réellement suivies d'une façon ou d'une autre, sans doute par crainte, de la part des organisations concernées, de se retrouver dans une situation fort embarrassante s'il advenait qu'un deuxième décès survienne dans des circonstances semblables et qu'on ait négligé de prendre les mesures voulues pour corriger la situation à l'origine du premier décès.

Je tiens à remercier tous les organismes d'application des lois et tous les autres organismes connexes pour la collaboration et l'aide qu'ils ont apportées cette année au cours des enquêtes des coroners. Ce sentiment de gratitude s'étend aussi à tous les coroners qui ont fait preuve, une fois encore, de beaucoup de dévouement et de professionnalisme dans des circonstances souvent pénibles.

STATISTICAL SUMMARY

The total number of accidental and violent deaths in the Province during the year was 444, a slight increase over the previous years total of 419.

In addition there were 1,635 other deaths investigated and found to have occurred as a result of natural causes.

Thus, as indicated in Schedule "A" hereunder, the total number of deaths reported to and investigated by the Coroner's System in New Brunswick was 2,079.

SOMMAIRE STATISTIQUE

Le nombre total de morts accidentelles et violentes dans la province en 1982 a été de 444, soit une légère augmentation par rapport aux 419 de l'année précédente.

En outre, 1 635 autres décès ont fait l'objet d'une enquête et se sont révélés avoir des causes naturelles.

Ainsi, comme l'indique le tableau "A" ci-dessous, le nombre total de décès signalés aux coroners du Nouveau-Brunswick et sur lesquels ceux-ci ont fait enquête s'élevait à 2 079 pour l'année.

SCHEDULE "A" 1982
TABLEAU "A" 1982

	No. of Deaths *Nombre de décès*	Inquests Held *Enquêtes*	Autopsies Performed *Autopsies*
Motor Vehicle Accidents/*Accidents de véhicules à moteur*	176	3	107
Bicyclists/*Accidents de bicyclettes*	2	-	2
Pedestrians/*Piétons morts accidentellement*	26	2	13
Drowning/*Noyades*	33	2	18
Airplane/*Accidents d'avion*	1	-	1
Farm Accidents/*Accidents à la ferme*	8	-	4
Firearm Accidents/*Accidents d'armes à feu*	1	-	-
Homicides/*Homicides*	13	1	2
Industrial/*Accidents du travail*	10	3	6
Suicides/*Suicides*	91	2	49
Fire/*Incendies*	16	2	13
Crib Death/*Morts subites d'enfants sans cause apparente*	9	-	7
Snowmobile/*Accidents de motoneiges*	2	-	-
Other/*Autres*	56	1	38
Natural Causes/*Morts naturelles*	1,635	-	577
TOTAL	2,079	16	837

Indicated in Schedule "B" hereunder are comparative figures for accidental and violent deaths for the years 1978 through 1982.

Le tableau "B" ci-dessous présente des données comparatives pour les morts accidentelles et violentes de 1978 à 1982.

SCHEDULE "B" 1982
TABLEAU "B" 1982

	1978	1979	1980	1981	1982
Motor Vehicle Accidents/*Accidents de véhicules à moteur*	173	210	181	146	176
Bicyclists/*Accidents de bicyclettes*	4	5	7	6	2
Pedestrians/*Piétons morts accidentellement*	55	44	43	40	26
Drowning/*Noyades*	30	42	43	37	33
Airplane/*Accidents d'avion*	1	5	6	0	1
Farm Accidents/*Accidents à la ferme*	5	5	4	4	8
Firearm Accidents/*Accidents d'armes à feu*	1	4	6	5	1
Homicides/*Homicides*	27	10	10	15	13
Industrial/*Accidents du travail*	13	14	11	6	10
Suicides/*Suicides*	107	90	83	67	91
Fire/*Incendies*	45	27	31	17	16
Crib Death/*Morts subites d'enfants sans cause apparente*	21	19	21	17	9
Snowmobile/*Accidents de motoneiges*	11	4	5	2	2
Other/*Autres*	65	62	79	57	56
TOTAL	558	541	530	419	444

INQUESTS AND RECOMMENDATIONS

A brief summary of the sixteen inquests held during 1982 follows.

1. On January 27 an inquest was held in Saint John into the death of a prisoner in the Provincial Jail earlier that month. The Coroner's Jury found that the prisoner hung himself with the aid of a bedsheet and shoelace suspended from a coat hook within his cell. The recommendation of the jury, which was forwarded to the Correction's Branch of the Department of Justice, was that inmates be issued with loafer-type shoes and that coat hooks in cells be removed or modified.

2. On March 8 an inquest was held in Edmundston into the death of an individual who drowned in the Wandlyn Motel indoor pool. The Coroner's Jury found that the death was accidental and made the following recommendations: 1) that swimming pools which have access to the public and where the sale of liquor is permitted be fenced in, in a fashion where those people wishing to use this accommodation must obey the rules imposed; 2) at all times when a swimming pool is accessible to the public, that a certified lifeguard be on duty to see that the rules of the pool be followed; 3) that all swimming pools accessible to the public be equipped with underwater lights in working order; and 4) the quality of the water in all public swimming pools be inspected regularly by government or private inspectors.

3. On April 27 an inquest was held in St. Stephen into the death of a mother and daughter which occurred in February. The Coroner's Jury found that the deaths were caused by suffocation due to smoke inhalation as a result of fire in her apartment. The recommendations of the jury, which was forwarded to the Provincial Fire Marshal, was that a suitable number of smoke detectors be installed in all rental properties.

4. On May 17 an inquest was held in Saint John into the death of the operator of a motorcycle which happened in April. The Coroner's Jury found that the deceased died as a result of misadventure in a motorcycle accident. The recommendations of the jury, which were forwarded to the Department of Transportation, were that the Province should review the methods and requirements necessary for a citizen to obtain a valid licence to operate a motor driven vehicle on the highways and to implement restrictions to ensure and safeguard lives. The recommendations also included specific items concerning age, licence classes and testing facilities. The Department of

ENQUÊTES ET RECOMMANDATIONS

Voici un bref résumé des 16 enquêtes qui ont eu lieu dans la province en 1982.

1. Une enquête a été menée le 27 janvier à Saint-Jean suite au décès d'un prisonnier survenu plus tôt au cours du mois à la prison provinciale. Le jury du coroner a conclu que le prisonnier s'était pendu à l'aide d'un drap et d'un lacet de soulier noué à un crochet porte-vêtement à l'intérieur de sa cellule. La recommandation du jury, qui a été transmise à la Division des services correctionnels du ministère de la Justice, était de fournir aux détenus des chaussures de type mocassin et d'enlever ou de modifier les crochets dans les cellules.

2. Une enquête a été menée le 8 mars à Edmundston suite à un décès par noyade survenu dans la piscine intérieure du motel Wandlyn. Le jury du coroner a conclu que la mort était accidentelle et a recommandé: 1) que les piscines publiques où l'on vend des boissons alcooliques soient clôturées de manière à garantir le respect des règlements en vigueur; 2) qu'un surveillant de baignade dûment qualifié soit de service durant toutes les heures d'ouverture de la piscine pour s'assurer qu'on s'y conforme aux règlements; 3) que toutes les piscines publiques soient munies de lumières en bon état disposées sous l'eau; et 4) que toutes les piscines publiques soient inspectées régulièrement par un inspecteur privé ou du gouvernement afin de vérifier la qualité de l'eau.

3. Une enquête a été menée le 27 avril à St. Stephen suite au décès d'une mère et de sa fille survenu en février. Le jury du coroner a conclu que les deux victimes étaient mortes asphyxiées par la fumée se dégageant d'un feu dans leur appartement. La recommandation du jury, qui a été transmise au prévôt des incendies, était d'installer un nombre suffisant de détecteurs de fumée dans tous les locaux locatifs.

4. Une enquête a été menée le 17 mai à Saint-Jean suite au décès d'un motocycliste survenu en avril. Le jury du coroner a conclu que la victime était morte des suites d'un accident de motocyclette. Les recommandations du jury, qui ont été transmises au ministère des Transports, étaient de demander à la province de revoir la procédure à suivre et les exigences requises pour qu'une personne puisse obtenir un permis en règle lui permettant de conduire une motocyclette sur les routes et d'imposer des restrictions afin de sauver et de protéger des vies. Les recommandations contenaient aussi des clauses précises quant à l'âge, aux classes de permis et aux installations destinées aux examens. Le ministère des

Transportation replied that the recommendations would be given serious consideration where feasible.

5. On June an inquest was held in Woodstock into the death of an individual which happened in April. The Coroner's Jury found that the deceased died as a result of a brain hemorrhage aggravated by a blow to the head on impact on hitting the ground or floor combined with other physical conditions such as prolonged state of intoxication. No recommendations were made by the jurors.

6. On June 27 an inquest was held in Fredericton into an industrial death on the construction site at Carleton Street Tower. The Coroner's Jury found that the deceased died as a result of a fall while operating machinery which had been improperly installed under his own supervision. The recommendation of the jury, which was forwarded to the Occupational Health and Safety Commission, was that in cases where modifications to equipment has been made by the user all safety devices should be left intact and operable.

7. On July 27 an inquest was held in Edmundston into the death of the operator of a motorcycle which happened in June. The Coroner's Jury found that the deceased died as a result of misadventure in a motorcycle accident. The recommendations of the jury, which were forwarded to the Department of Transportation, concerned mandatory inspection of motorcycles and called for minor changes to the stretch of highway where the death occurred.

8. On July 15 an inquest was held in Hampton into the death of the operator of a motorcycle which happened in June. The Coroner's Jury found that the deceased died as a result of his actions while operating a motorcycle in an unsafe manner while being pursued by the R.C.M.P. in a high speed chase at Nauwigewauk. The recommendations of the jury, which were forwarded to all officials dealing with law enforcement in the Province, were that: 1) all police forces be fully knowledgeable as to federal regulations regarding high speed chases and that the police should not exceed limitations of the regulations; and 2) any driver involved in a high speed chase should automatically lose his driving privileges for an extended period of time with no course of appeal. The Department of Justice replied that an assessment of the present situation in all aspects would be forthcoming and consideration would be given to making recommendations for legislative enactments, if feasible.

9. On August 10 an inquest was held in Dalhousie into the death of an individual who drowned in an

Transports a répondu que l'on étudierait attentivement les recommandations faites, dans la mesure du possible.

5. Une enquête a été menée en juin à Woodstock suite à un décès survenu en avril. Le jury du coroner a conclu que la victime avait succombé à une hémorragie cérébrale aggravée d'un coup à la tête ou d'un choc subi en tombant à terre ou sur le plancher, jointe à d'autres conditions physiques dont un état d'ivresse prolongé. Le jury n'a fait aucune recommandation.

6. Une enquête a été menée le 27 juin à Fredericton suite à un décès survenu au chantier de construction de l'édifice de la rue Carleton. Le jury du coroner a conclu que la victime était morte des suites d'un accident du travail, celle-ci ayant fait une chute en manoeuvrant une machine qui avait été mal installée sous sa propre surveillance. La recommandation du jury du coroner, qui a été transmise à la Commission de l'hygiène et de la sécurité du travail, était de veiller à ce que tous les dispositifs de sécurité soient laissés intacts et en bon ordre lorsqu'un utilisateur apporte des modifications à l'équipement.

7. Une enquête a été menée le 27 juillet à Edmundston suite au décès d'un motocycliste survenu en juin. Le jury a conclu que la victime était morte des suites d'un accident de motocyclette. La recommandation du jury du coroner, qui a été transmise au ministère des Transports, était de rendre obligatoire l'inspection des motocyclettes et d'effectuer de légères modifications à la section de la route où est survenu l'accident.

8. Une enquête a été menée le 15 juillet à Hampton suite au décès d'un motocycliste survenu en juin. Le jury du coroner a conclu que la victime était morte des suites d'un accident de motocyclette. Au cours d'une prise en chasse à vive allure par la G.R.C. de Nauwigewauk, le motocycliste aurait fait preuve d'imprudence au guidon de sa motocyclette. Les recommandations du jury du coroner, qui ont été transmises à tous les organismes d'application des lois de la province, étaient: 1) que tous les corps policiers soient bien renseignés sur les règlements fédéraux en matière de prise en chasse à vive allure et qu'ils n'enfreignent pas les limites imposées en vertu de ces règlements; et 2) que tout conducteur impliqué dans une prise en chasse à vive allure perde automatiquement son permis de conduire pour une longue période de temps et ce, sans possibilité d'appel. Le ministère de la Justice a répondu qu'on évaluerait la situation actuelle sous tous ses aspects et qu'on envisagerait de faire des recommandations pour la promulgation de lois en ce sens, dans la mesure du possible.

9. Une enquête a été menée le 10 août à Dalhousie suite à un décès par noyade survenu en juillet dans

outdoor swimming pool in July. The Coroner's Jury found the drowning was accidental and the recommendations of the jury, which were forwarded to the Municipal Council, were that: 1) all swimming pools be inspected yearly and that all new pools be inspected before water is put into the pool; 2) all changes to existing pool sites must be covered by a building permit and checked by a building inspector; and 3) the present fine system be reviewed and violations increased to a minimum of $200.

10. On April 27 an inquest was held in Saint John into the death of a child earlier in April. The Coroner's Jury found that the child died as a result of injuries sustained in a pedestrian-motor vehicle accident. The recommendations of the jury, which were forwarded to the Saint John Chief of Police, concerned safety aspects such as speed limit, signs, sidewalks and fences in respect to the accident area.

11. On August 26 an inquest was held in St. Andrews into the death of an employee of Mount Pleasant Mines. The Coroner's Jury found that the employee died as a result of an acute coronary with contributory effects of a carbonhemoglobin level of 25 percent. The recommendations of the jury, which were forwarded to the Director of Mines and Safety Standards of the Department of Labour, were that: 1) each employee have a thorough medical before going to work at any mine; and 2) each employee have respirators available while working where machinery is in use.

12. On September 30 an inquest was held in Richibucto into the death of an individual which happened in July on the Big Cove Reserve. The Coroner's Jury found that the deceased died of a self-inflicted gunshot wound to the head. The evidence at the inquest indicated that the deceased had been drinking heavily and was known to be armed and in search of another individual. When his vehicle was apprehended the deceased ran into the woods. During an extensive search for the deceased one member of the R.C.M.P. accidently discharged a firearm into the ground directly in front of himself. Eventually the deceased shot himself rather than submit to the search team. The recommendations of the jury, which were forwarded to the R.C.M.P., were that: 1) the police should have allowed a member of the family or another person who may have been able to speak with the deceased to try to calm him down; 2) the police should examine the force used; and 3) there should be a better control of firearms by the police. The R.C.M.P. replied that given the situation they felt the first recommendation was impossible and that excessive force was not used in any event. The third recommendation was accepted by the R.C.M.P. and will be acted upon.

une piscine extérieure. Le jury du coroner a conclu que la mort était accidentelle et ses recommandations, qui ont été transmises au conseil municipal, étaient: 1) que toutes les piscines soient inspectées tous les ans et que toute nouvelle piscine soit inspectée avant qu'on la remplisse d'eau; 2) que toutes les modifications apportées aux piscines en place soient couvertes par un permis de construire et vérifiées par un inspecteur en bâtiments; et 3) que le système d'amende actuel soit revu afin de porter à 200 $ l'amende minimum pour une infraction.

10. Une enquête a été menée le 27 avril à Saint-Jean suite au décès d'un enfant survenu plus tôt en avril. Le jury du coroner a conclu que la victime était morte des suites de blessures subies lors d'un accident impliquant un piéton et un véhicule à moteur. Les recommandations du jury, qui ont été transmises au chef de police de Saint-Jean, portaient sur certains points de sécurité comme la limite de vitesse, les panneaux de signalisation, les trottoirs et les clôtures du secteur où s'est produit l'accident.

11. Une enquête a été menée le 26 août à St. Andrews suite au décès d'un employé de la Mount Pleasant Mines. Le jury du coroner a conclu que la victime avait succombé à une thrombose coronarienne aiguë due partiellement à un taux d'hémoglobine oxycarbonée de 25 %. Les recommandations du jury, qui ont été transmises au directeur de la sécurité minière du ministère du Travail et de la Main-d'oeuvre, étaient de: 1) faire passer un examen médical complet à chacun des employés avant de les engager pour travailler dans une mine; et 2) prévoir suffisamment d'appareils respiratoires lorsque les machines sont en marche.

12. Une enquête a été menée le 30 septembre à Richibouctou suite à un décès survenu en juillet sur la réserve indienne de Big Cove. Le jury du coroner a conclu que la victime était morte après s'être tirée une balle dans la tête. L'enquête a révélé que le défunt avait beaucoup bu et qu'il était parti armé à la recherche d'une autre personne. Son véhicule ayant été intercepté, il s'est enfui dans les bois. Au cours des recherches entreprises pour le retrouver, un des agents de la G.R.C. a déchargé accidentellement son arme à feu dans le sol, directement en face de lui. Quant à la victime, plutôt que de se rendre aux autorités, elle a préféré se tirer une balle dans la tête. Les recommandations du jury, qui ont été transmises à la G.R.C., étaient les suivantes: 1) la police aurait dû faire appel à un membre de la famille ou à une personne qui auraient pu tenter de calmer la victime; 2) la police devrait en outre se demander s'il y a eu usage de force excessive; et 3) elle devrait effectuer un meilleur contrôle des armes à feu. La G.R.C. a répondu que, étant donné les circonstances, il aurait été impossible d'agir selon la première recommandation et qu'en aucun cas on avait fait usage de force excessive. La G.R.C. a par

13. On October 5 an inquest was held in Fredericton into the death of an apartment resident which happened in July. The Coroner's Jury found that the deceased failed to escape an accidental fire in his apartment, apparently caused by his own carelessness, due to his condition at the time, and that a possible contributing factor may have been the lack of warning systems in the building. The recommendation of the jury, which were forwarded to the Provincial Fire Marshal and to the Fredericton Fire Chief, was that at an appropriate time (for example, during Fire Prevention Week) a questionnaire advising tenants of building safety regulations should be placed in all newspapers in the Province which could be completed by tenants and mailed to their local fire prevention office.

14. On November 24 an inquest was held in Woodstock into the death of an employee of McCain Foods Ltd. which happened in July. The Coroner's Jury found that the deceased died as a result of injuries received from being pinned between an industrial machine and a railing at the Florenceville Plant. Recommendations of the jury, which were forwarded to McCain Foods Ltd. and to the Occupational Health and Safety Commission were that: 1) supervisory personnel at the plant stress to employees the importance of reporting any suspected malfunction in any equipment; 2) a review of training procedures be undertaken with time spent on training to ensure that operators are familiar with the machinery being used; and 3) a thorough maintenance inspection be carried out on all control equipment.

15. On December 6 an inquest was held in Fredericton into the death of a woman which happened in March. The Coroner's Jury found that the deceased died as a result of multiple blows to the head by a shovel handle indicating culpable homicide by a named individual. As a criminal charge in the matter had been before the court previously and the accused discharged at a preliminary inquiry, this was an inquest ordered by the Minister of Justice. After the findings of the Coroner's Jury a charge of murder was proceeded with in court with the accused being acquitted.

16. On December 2 an inquest was held in Nackawic into the deaths of five individuals which happened at Ritchie Hill on the Trans Canada Highway in September. The Coroner's Jury found that the deceased died as a result of direct impact by an automobile driven by a named individual. No recommendations were returned by the jury.

ailleurs accepté la troisième recommandation et prendra les mesures qui s'imposent.

13. Une enquête a été menée le 5 octobre à Fredericton suite au décès du locataire d'un appartement survenu en juillet. Selon les conclusions du jury du coroner, l'état de la victime aurait empêché cette dernière d'échapper à l'incendie accidentel de son appartement, lequel serait apparemment dû à la propre négligence du défunt et peut-être aussi à l'absence de systèmes d'alarme dans l'édifice. La recommandation du jury, qui a été transmise au prévôt des incendies et au chef des pompiers de Fredericton, était de publier dans tous les journaux de la province, à un moment opportun (durant la Semaine de prévention des incendies, par exemple), un questionnaire renseignant tous les locataires sur les règlements de sécurité en vigueur que ces derniers pourraient remplir et faire parvenir à leur bureau local de prévention des incendies.

14. Une enquête a été menée le 24 novembre à Woodstock suite au décès d'un employé de la McCain Foods Ltd. survenu en juillet. Le jury du coroner a conclu que la victime était décédée des suites de blessures subies lorsqu'elle s'est trouvée coincée entre une machine industrielle et un garde-fou à l'usine de Florenceville. Les recommandations du jury du coroner, qui ont été transmises à la McCain Foods Ltd. et à la Commission de l'hygiène et de la sécurité du travail, étaient de: 1) obtenir des surveillants de l'usine qu'ils attirent l'attention des employés sur l'importance qu'il y a à signaler tout fonctionnement douteux d'une pièce quelconque d'équipement; 2) revoir le programme de formation et le temps qui y est consacré pour garantir que les opérateurs connaissent bien le fonctionnement des machines utilisées; et 3) procéder à une inspection d'entretien approfondie de tout le matériel de commande.

15. Une enquête a été menée le 6 décembre à Fredericton suite au décès d'une femme survenu en mars. Le jury du coroner a conclu que la victime était décédée des suites de coups multiples portés à la tête à l'aide d'un manche de pelle, ce qui indiquerait un homicide coupable perpétré par un individu dont on connaît l'identité. Une accusation avait précédemment été portée au criminel et l'accusé avait été disculpé lors d'une enquête préliminaire; il s'agissait ici d'une enquête ordonnée par le ministre de la Justice. Les conclusions du jury du coroner ont donné lieu à une accusation de meurtre devant les tribunaux et l'accusé a été acquitté.

16. Une enquête a été menée le 2 décembre à Nackawic suite au décès de 5 personnes survenu en septembre à Ritchie Hill, sur la route transcanadienne. Le jury du coroner a conclu que les victimes étaient mortes après avoir été frappées de plein fouet par une automobile conduite par une personne dont on connaît l'identité. Le jury n'a fait aucune recommandation.